

## АЛЕКСИТИМИЯ- КРАТЪК ОБЗОР ВЪРХУ ВЪЗГЛЕДИТЕ ЗА ПОНЯТИЕТО

**Д-р Татяна Радева, д.пс.**

Катедра по психиатрия и медицинска психология,

МУ „Проф. д-р П. Стоянов“ - Варна,

Втора психиатрична клиника, УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна

***Резюме:** В статията се разглежда зараждането и развитието на конструкта алекситимия през възгледите на различни психологични школи. Включени са постиженията на съвременната наука до утвърждаването на актуален еkleктичен модел на понятието и инструмент за изследването му.*

***Ключови думи:** алекситимия, холистичен подход, психосоматично разстройство*

## ALEXITHYMIA- A REVIEW ON THE CONCEPTS OF THE IDEA

**Tatyana Radeva, MD, Ph.D.**

Department of Psychiatry and Medical Psychology,

Medical University „Prof. P. Stoyanov“ – Varna,

Second Psychiatric Clinic, UMHAT „St. Marina“ - Varna

***Summary:** The article examines the origin and development of the construct alexithymia through the views of various psychological courses. The achievements of modern science are included until the establishment of an up- to date eclectic model of the concept and a tool for its research.*

***Key words:** alexithymia, holistic approach, psychosomatic disorder*

Първи учебен ден. Дворът на училището е изпълнен с цветя, униформени ученици и официално облечени родители. Млада жена целува по главата малкото си момиче и го представя на класната. Очите на майката са пълни със сълзи, пресилената усмивка грее на лицето ѝ, дланите ѝ са замръзнали от студена пот, а в главата ѝ препускат мисли за бъдещето. Осъзнава, че е обхваната от притеснение и тревога и за да не рухне в сълзи, грабва телефона и се обажда на работа за да се информира как се справят колегите. До нея друга млада жена вече е оставила момиченцето си на същата класна. Тя изглежда спокойна, наблюдава случващото се на двора с вдигната глава, без да отвори дори леко устни, без да трепне някое мускулче на лицето, без да се появи влага в очите, ръце опуснати покрай тялото, изправени рамене, сякаш е сложена не на място в цветната суматоха на празника. Внезапно на лицето ѝ се появява гримаса на болка, слага дясната ръка на корема си и леко се превива, отваря чантата си и припряно си взема хапче против болки в стомаха. Какво се случва на подобен празник? Всички изпитват букет от емоции- базисни и комплексни. Някои си дават сметка за чувствата си и силата им, за влиянието им върху поведението. Други не могат да назоват собствените си емоции, но усещат мощта им в различни телесни признаци, стигаща чак до болка. Усмивката на лицата им се появява като огледален образ на усмивките на останалите, но не могат да назоват емоцията, която усещат... Това са хората с алекситимия.

Алекситимията е термин, предложен от Peter Sifneos, през 1972г. по време на 11-та Европейска конференция по психосоматика. Авторът използва понятието за да обозначи някои психологични характеристики при пациенти с психосоматични заболявания, а също и при медицински здрави лица, прилагайки етимологичния подход от старогръцки език:  $\acute{\alpha}$ - (а, не-) +  $\lambda\acute{\epsilon}\xi\iota\varsigma$  (*léxis*, думи) +  $\theta\bar{\upsilon}\mu\acute{o}\varsigma$  (*thýmós*, душа, афект)- „липса на думи за емоция“.

Sifneos включва четири основни конструкта (25):

- Затруднения в идентифицирането и описанието на чувствата;
- Затруднения в разграничаването между чувства и телесни усещания, свързани с определена емоция;
- Резервирано и ограничено въображение;
- Когнитивен стил, ориентиран навън.

Следват множество проучвания от психиатри, психотерапевти и психолози сред пациенти с психиатрични заболявания, коморбидни или не с различни медицински състояния, както и сред здрави лица. Така, от една страна, терминът търпи развитие, а от друга- помага на съвременната цивилизация да разбере по- добре света на емоциите. Според Oxford English Dictionary това е неспособността човек да опише собствените си чувства. Медицинската дефиниция в Merriam- Webster Dictionary е: неспособността човек да установи и изрази или опише собствените си чувства. Понастоящем, говорейки за алекситимия, се разбира за психологическа характеристика на личността, описваща затруднението ѝ за изживяване, установяване (идентифициране) и изразяване на емоциите, включително и на другите. За да се вникне по- добре в смисъла на понятието, е добре да познаваме корените на онова, което дефинира Sifneos- всъщност той дава определение, на състояние, описано назад във времето, далеч преди да се превърне в психосоматична парадигма.

През 1833г. американският хирург William Beaumont (2) установява, че страхът и гневът намаляват синтеза на стомашната лигавица. Малко по- късно британският хирург Thomas Culling публикува наблюденията си за развитието на стомашно- чревни разязвявания при болни, поставени под значим стрес- с тежки обгаряния по кожата. По същото време австрийският учен Theodor Billroth споделя аналогични открития при пациенти след големи оперативни

интервенции, усложнени с вторични инфекции. Подобно на тях, изследователи от института Pasteur във Франция описват хиперпластични промени в надбъбреците при морски свинчета, заразени с дифтерия: това са наблюдения- предвестници на теорията за стабилността на вътрешната среда на Claude Bernard, положил основите на съвременните схващания за невроендокриниума и човешката физиология (1). В края на 19в. изследователите в медицината установяват, че телесните усещания при изживяването на различните емоции се свързват с работата на автономната нервна система. Още William James (1884г.) (9) говори за „комплексни емоционални синдроми“ на високо специфични и регионално организирани регулиращи модели, включващи разнообразни и измерими отговори от страна на сърдечно- съдовата, ендокринната и дихателната системи (артериално налягане- систолно и диастолно, пулсова честота, дихателна честота с обем на вдишване и издишване, влажност и температура на кожата). Sigmund Freud загатва за психосоматични разстройства, описвайки поведението на определени пациенти със защитните механизми конверсия, дисоциация и отричане. Т.е. бавно и постепенно се трупат данни за връзка между различни емоционални състояния, физиологичния отговор на тези състояния и наличието на телесно страдание (психосоматично заболяване). През 1948г. Jürgen Ruesch (16) установява при част от пациентите си с психосоматична проблематика, че имат ограничено въображение и трудно изразяват вербално или чрез символи емоциите си. Невроученът Paul MacLean споделя, че пациенти с психосоматични оплаквания изпитват затруднения в изразяването на емоциите, свързвайки това свое наблюдение с възможността за слаба консолидация на полетата от неокортекса, свързани с говора: емоциите, причиняващи у пациента значим дистрес не са кодирани в съответните полета и се манифестират чрез т.нар. „органен език“ (13). Други психотерапевти

продължават да споделят наблюдения от практиката: Karen Horney публикува заключения, че някои от пациентите ѝ са „имунизирани“ срещу психоаналитична терапия поради недостатъчната или липсваща емоционална осъзнатост, редуцирана експресия на интрапсихични преживявания, минимален интерес спрямо собствени сънища или фантазии, прекомерно фокусиране върху мислите и стил на живот, повърхностно насочен към външни стимули и преживявания (8). Тези пациенти разгръщат разнообразни психосоматични оплаквания, хранителни разстройства, злоупотреба с различни субстанции и медикаменти. Тя наблюдава при тях системно избягване разбирането на собствените емоции и дълбоко чувство за празнота, резултиращи в най-общо казано компулсивно поведение. Докладваните случаи с „неподходящи за психоанализа“ пациенти се увеличават, което води до идеята, че вероятно се касае за мощни, дълбоко вкоренени защитни механизми срещу неосъзнати конфликти и поставя под въпрос класическия модел на невротика и невротичните механизми. При тези лица като се оформя тенденцията за друг тип състояния, преодолени чрез един еkleктичен психотерапевтичен подход. Това е периодът, когато се оформя идеята за типа мислене при този тип пациенти- от липсата на себerefлексия и изучаване на интрапсихични преживявания, през фокусирането им върху органични прояви и невъзможността за извеждане на взаимовръзка емоция- телесен симптом до негативното въздействие върху възможностите им за формиране и поддържане на междуличностови отношения. Случайно или не в края на 60-те години, психиатрите John Nemiah и Peter Sifneos заедно провеждат системно наблюдение върху когнитивния стил на пациенти с психосоматични симптоми. Те заключават, че в сравнение с лицата с други психични разстройства, тези, споделили различни физиологични оплаквания изпитват значимо затруднение при описването на собствени чувства. Успоредно с това

те са наблюдавали ограничения във въображението и утилитарен когнитивен стил, насочен към практическата полза и външни събития (14). И така минават близо две десетилетия до формулираното през 1972г. от Sifneos понятие „алекситимия“ (20,21). Терминът търпи развитие за да достигне до следното описание в наши дни:

- Трудности при идентифициране на чувства и емоции;
- Проблеми при разграничаването на емоциите и телесните усещания, които са свързани с тези емоции;
- Ограничени възможности в предаването чувствата си на другите;
- Дефицит при разпознаване и реагиране на емоции у другите, включително тон на гласа и мимика;
- Липса на фантазии и въображение;
- Логичен и ригиден стил на мислене, който не отчита емоциите;
- Лоши умения за справяне със стреса;
- Поведение без алтруизъм;
- Дистанциран, „скован“, ригиден тип личност, без чувство за хумор;
- Ниска степен на удовлетвореност от живота.

Всъщност след обособяването на термина, започват множество изследвания в различни държави и континенти, проведени от психиатри и психолози като са се доказали няколко инструмента за изследване на алекситимията, които едновременно допълват и разширяват концепцията за психологичния субстрат. Още през 1973г. Peter Sifneos въвежда в практиката The Sifneos Alexythymia Questionnaire (SAQ)- въпросник от 17 айтема, разкриващ симптоми на алекситимия у пациентите. Малко по-късно сам Sifneos преформулира и допълва въпросника в Beth Israel Hospital

Questionnaire (BIQ-1): 21 айтема с данни от наблюденията на терапевта. Методиката поставя проблема за обективността, т.к. е изключен самият пациент в ролята на информант с неговите собствени преживявания. В следващото издание, BIQ-2 айтемите са представени в полуструктуриран самооценъчен въпросник (27) с последвалите го Schalling-Sifneos Personality Scale, The Alexithymia Scale of Noël, Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ), The Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APQR) (27) и широко прилаганата Toronto Alexithymia Scale (TAS) (11). Създателите на TAS наблягат на 4 фактора в скалата: затруднения в идентифицирането и различаването между чувства и телесни усещания (1), затруднения в описанието на чувствата (2), намалено бленуване (3), мислене, насочено навън (4) (26). През 1991г., след няколко години на активно приложение се установява значима корелация между скалата и някои познати психопатологични феномени, което налага ревизията на скалата и преформулирането ѝ в Revised Toronto Alexithymia Scale (TAS-R) (23). Айтемите в ревизираната скала са в двуфакторна структура: неспособност за разграничаване и описание на чувствата от телесните усещания и преобладаване на мислене, ориентирано навън. Недостатъците на скалата водят до преработването в прилагания и до днес в различни проучвания самооценъчен въпросник Twenty Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). (24).

Понастоящем изследователите са ориентирани дуалистично-материалното (тяло) е отделено от нематериалното (дух), но всъщност теорията за алекситимията показва тяхната неразривна свързаност, както всъщност са виждали човешкият организъм още древните гърци. И все пак, в актуалната реалност на дигитализация, компютързация, модели и алгоритми, някои учени съчетават познанията си и търсенията си в един холистичен подход и дават отговори на редица въпроси. Изследвани са редица параметри

на автономната нервна система при промяна на сърдечно-съдови, дихателни и електродермални показатели с прилагането на разнообразни стимули и провокиране на емоции. Чрез специфични модерни биоинженерни методи (функционални инвазивни и неинвазивни анализи на сърцето и кръвоносните съдове, дишането и електродермални тестове) са регистрирани минимални промени в работата на двата дяла на автономната нервна система- симпатикус и парасимпатикус. Изводите са нееднозначни през мирогледа на познанията на съвременната наука: автономната нервна система работи разнопосочно за отделните органи и системи- един и същ ефект, например на повишаване на пулсовата честота, може да се дължи както на активация на симпатикуса, така и на намаляване влиянието на парасимпатикуса. В крайна сметка не може да се даде дефинитивен отговор на въпроса- как реагира тялото ни при определена емоция, коя част на автономната нервната система е включена в отговора. Още повече, че симпатикусът контролира работата на вътрешните органи чрез алфа- и бета- медиация (антагоностично действие). А холотропният и инотропният ефект на функционирането на миокарда се медира по различни еферентни кръгове, които подлежат на контрол на противоположни центрове в централната нервна система. Последните два примера са показателни за това колко малко знаем за физиологичния отговор спрямо човешките емоции и как сякаш с натрупването на нови данни и информация за функционирането на човешкото тяло, по- скоро се отдалечаваме от изучаването и разбирането какво всъщност сме. Така, макар и в 21в., не сме далеч от епохата на 19в. и разбирането как точно реагира тялото ни при заплахата или при радост и всъщност някои „древни“ теории, обясняващи състоянието на неразпознаване на емоциите, звучат актуално.

Концепцията за алекситимията намира разбиране в психодинамичната теория, като с развитието ѝ се променят и предположенията за наблюдаваното



състояние. Изводимо от времето, в което работи и живее, Sifneos смята, че прилагането на конверсия или отричането на специфичен динамичен конфликт са в основата на оформянето на алекситимията. Той предполага, че Его-то е неспособно да модулира водещите до дистрес емоции като ги преформира в символи (кодиране) и /или употребява съвкупност от защити, предимно незрели като установява, че изолацията е общ защитен механизъм за всички с алекситимия. Теорията на Sifneos се доразвива във времето от неофройдистки модели на развитието и патологичната връзка майка – дете с изграждането на несигурност в привързването. Според психоаналитичната теория на ученето някои индивиди са обучени в детството си да не демонстрират чувства и емоции директно, т.к. така биха се чувствали „емоционално обезопасени“, при което се оформя заучен модел на експресия на емоциите-научаване на алекситимно поведение. Като цяло психодинамичните теории за алекситимията търсят и откриват травматичен опит в миналото, оформящ „наказващо“ Супер-Его, което е ригидно и прави личността да показва псевдо-зрялост по време на обичайна комуникация. Контактът при такива лица е на повърхностно ниво, а личността е неспособна да назове или изрази емоция. С развитието на когнитивната парадигма се прилага когнитивна теория за алекситимията: като защита да предпази от депресия или тревожност, като резултат на копинг стратегията амплифициране на телесни усещания при справяне със стрес. За формирането на настоящото виждане и развитие на термина своя принос дават невробиологични, социокултурални и генетични изследвания. Еклектична е теорията на психиатъра Graeme Taylor, включваща към актуалните за момента виждания, предимно психологични, биологични аспекти на развитието, невронауки и други медицински науки в т.нар. Теория на психобиологичната дисрегулация и така избягвайки от дуалистичния подход на нематериално/

материално (душа/ тяло, психология/ медицина), прилага цялостен възглед: множество психопатологични феномени се появяват заради уязвимост на личността, съвместно с житейски стресови събития. „Уязвимостта на личността“ е в основата на идеята за „предразположен към заболяване индивид“. В този смисъл в теорията на Taylor при индивидите с алекситимия са налице доказателства за лезии или дефицит в дясна мозъчна хемисфера и/или лява мозъчна латерализация, комбинирано с проблематика в ранните социални взаимоотношения, когато основната обгрижваща фигура е била емоционално недостъпна. Taylor изхожда от обща теория на системите на von Bertalanffy, според която организъмът е континуум от йерархично подредени саморегулиращи се субсистеми: клетка- тъкан- орган и т.н. до достигане на общество. Когато има дефицит в обратната връзка на някое ниво се нарушава саморегулацията. Именно от тук, според Taylor, при нарушена обратна връзка, настъпват промени в структурата, което налага необходимост от ново поддръжане на системите и проява на симптом, в случая на алекситимия. В тази теория авторът говори за дефицит в голямомозъчната латерализация и функционална специализация и разглежда алекситимията като функционална комисуротомия. Невронауките продължават да се развиват- функционални невроизобразителни изследвания показват недвусмислено абнормност в активацията и регулацията на предния цингулатен кортекс (anterior cingulate cortex). Тази структура на главния мозък е свързана с лимбичната система, където се смята, че се зараждат емоциите, и с кортекса, където те се осъзнават. Невъзможността да се модулират емоциите от личността е възможно обяснение защо някои хора с алекситимия са склонни да намаляват напрежението, породено от неприятни/ негативни емоции чрез импулсивни действия. Примери за такова поведение са пристъпното преяждане, злоупотребата с психоактивни вещества или перверзни сексуални актове.

Аналогичен е механизмът при хронична депресия с неоченяване на удоволствените преживявания и позитивните емоции. Всички тези индивиди са с трайна анхедония. Заедно с това, невъзможността да се регулират емоциите резултира в протрахирано активиране на автономната нервна система, което би могло да доведе до соматични заболявания (в смисъла на психосоматичната теория). Освен различия при изобразяването с функционални методики между пациенти с алекситимия и такива без, са установени и морфологични разлики- лицата с проява на невъзможност за разпознаване на емоциите са с по- големи обеми на тази мозъчна структура (16).

Епидемиологични изследвания показват, че алекситимията се среща при 10-14% сред хората в общата популация, като по- често засегнат е мъжкият пол, а проучвания при монозиготни близнаци не отхвърлят идеята за генетичния фактор. Установена е по- голяма честота на симптома сред някои психиатрични разстройства и неврологични заболявания- депресивен епизод- 50% (6), шизофрения, личностови разстройства (шизоидна, антисоциална, тревожна и избягваща личност), дегенеративни неврологични заболявания- множествена склероза, болест на Паркинсон. Сред пациенти с генерализирано разстройство на развитието (Аутизъм и други разстройства от спектъра) честота е около 50% (18), достигайки 85% в някои проучвания (17) като с нарастване на възрастта процентът намалява (7). По-висока е честота при пациенти с хиперкинетично разстройство с дефицит на вниманието като алекситимията е свързана с импулсивността, а не с дефицита на вниманието (4). Честота на симптома при посттравматично стресово разстройство е около 40% (28), хранителни разстройства- 45- 63% в зависимост от разстройството (15,5). Различно е разпространението при пациенти с тревожни разстройства: 28% при пациенти със социална фобия, 34% при пациенти с паническо разстройство (9). Алекситимията може да е първична- като признак на

невроразвитието и вторична- след увреда с разнообразна етиология на специфични мозъчни структури (предния цингулатен кортекс). Може да протича транзиторно (като състояние)- в рамките на психиатрично разстройство (депресия, епизод на хранително разстройство), но може и да е константна проява- като личностова черта (при личностови разстройства). Когато алекситимията се установява от терапевта като черта на личността, повлияването на основното заболяване е затруднено поради проблемното установяване на терапевтична връзка, свързано с базисните характеристики на индивида. В смисъла на холистичната практика е редно да бъде добавено, че в света на (липса на) емоциите могат да се правят точни измервания- изследвания показват, че лицата с алекситимия са с повишени нива на липиди, С- реактивен протеин и хомоцистеин, което е показател за хронично възпаление и доказателство за зараждане на хипотезата за връзка между алекситимия и стрес (12)

Естествено, след като сме изяснили феномена алекситимия- как, защо, колко, при кого, за нас идва въпросът „Как се лекува?“. Към момента не са събрани много данни, разработват се разнообразни подходи без абсолютна ефективност. Важно е да се уточни дали става въпрос за първично състояние, в смисъла на личностова черта или вторично (в рамките на епизод на депресивно разстройство), дали е следствие на някакъв тип травматична увреда на мозъка, дали има подлежащо соматично страдание (хроничен болков синдром) или поддържащи фактори в близкото или професионално обкръжение. Тези уточняващи въпроси помагат работата на терапевта в изготвянето на план и прогноза на работата. Не без значение са социо-културалните фактори на средата, в които е формирана личността и при които тя функционира понатоящем- при обкръжение, което не подкрепя осъзнаването на емоциите, прогнозата за успех е малка. Данни сочат, че

психодинамични подходи, когнитивно- поведенческа терапия и интервенции, насочени към подобрене на определени умения са полезни при преодоляването на алекситимията, докато липсва индикация за медикаментозно лечение. Не трябва да се пропуска, че алекситимията е всъщност само симптом, част от синдром, част от по- сложен пъзел и за успешното справяне е необходим интегративен подход.

#### **Библиография:**

1. Темков Ив, Попов Хр, Стрес и кризи на личността, Медицина и физкултура, София, 1987
2. Beaumont W, Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion. F.P. Allen: Plattsburg (MO),1833
3. Berthoz, S., Alexithymia or the Silence of Emotions in The Power of Emotions, 187-199, Belin, 2013
4. Cochrane C.E., Brewerton T.D., Wilson D.B., Hodges E.L., Alexithymia in the eating disorders, International Journal of Eating Disorders. 1993; 14 (2): 219–22
5. Cox B.J., Swinson R.P., Shulman I.D., Bourdeau D., Alexithymia in panic disorder and social phobia, Comprehensive Psychiatry. 1995; 36 (3): 195–8
6. De Berardis D., Olivieri L., Rapini G., Di Natale S., Serroni N., Fornaro M., et al., Alexithymia, suicide ideation and homocysteine levels in drug naïve patients with major depression: a study in the “real world” clinical practice. Clin Psychopharmacol Neurosci (2019) 17:318–22
7. Donfrancesco R., Di Trani M., Gregori P., Auguanno G., Melegari MG., Zaninotto S., Luby J., Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study. Psychiatry Investig. 2013; 5 (4): 361–367

8. Horney K., The paucity of inner experiences, *Am J Psychoanal* (1952) 12:3–9
9. James, W., 1884. What is an emotion? *Mind* 9, 188–205
10. Kim J.H., Lee S.J., Rim H.D., Kim H.W., Bae G.Y., Chang S.M., The Relationship between Alexithymia and General Symptoms of Patients with Depressive Disorders, *Psychiatry Investig.* 2008; 5 (3): 179–85
11. Krystal H, Giller BL, Cichetti DV. Assessment of alexythimia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure. *Psychosom Med* (1986) 48:84–94
12. López-Muñoz F., Pérez-Fernández F., A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective, *Front Psychiatry*. 2019; 10: 1026
13. MacLean PD. Psychosomatic disease and the ‘visceral brain’. *Psychosom. Med* (1949) 11:338–53
14. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic Disorders. In: Hill OW, editor. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Butterworths: London: (1970). p. 26–34
15. Paula-Perez I, Alexitimia y síndrome de Asperger, *Rev Neurol*. 2010; 50(Suppl 3): S85–90. Archived from the original on 2011-07-27
16. Poquérousse J., Pastore L., Dellantonio S., G., Alexithymia and Autism Spectrum Disorder: A Complex Relationship, *Front Psychol*. 2018 September 05; 9: 1638
17. Ruesch J., The Infantile Personality. The Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosom. Med* (1948) 10:134–44
18. Shah P., Hall, R., Catmur C., Bird G., Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception, *Cortex*. 2016;81: 215–220
19. Shipko S., Alvarez W.A., Noviello N., Towards a Teleological

Model of Alexithymia: Alexithymia and Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychother Psychosom* 1983;39:122–126

20. Sifneos P.E., *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press: Cambridge (MA) (1972)

21. Sifneos P.E., The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* (1973) 22:255–62

22. Sifneos P.E., Apfel S.R., Frankel F.H., The phenomenon of alexithymia. Observations in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* (1977) 28:47–57

23. Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, (1994) 10(2), 61-74

24. Taylor, G. J., *Psychoanalysis and Psychosomatics: A new synthesis*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1992:20(2), 251 ~275

25. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A., The Alexithymia construct. A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* (1991) 32:153–64

26. Taylor, G. J., Parker, J. D. A, Bagby, R. M. & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*,36(5), 417-424

27. Taylor, G. J., Ryan, D. & Bagby, R. M., Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, (1985) 44,. 191-199

28. Westood H., Kerr- Geffney, J. , Stahl D., Tchanturia, K., Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale, *Journal of Psychosomatic research*, volume 99 /2017, 66-81